Revista Eletrônica ACERVO CIENTÍFICO
ISSN 2595-7899

Características e diagnósticos de enfermagem em pessoas com dor torácica em emergência hospitalar

Nursing characteristics and diagnoses in patients with chest pain in the hospital emergency department

Características y diagnósticos de enfermería en personas con dolor torácico en el servicio de urgencias hospitalário

Bruno Leonardo Winter[1], Eliane Raquel Rieth Benetti[1], Andressa de Andrade[1], Silomar Ilha[1], Luisa Fontella Barroso[1], Marinês Tambara Leite[1], Marcos Barragan da Silva[2], Diogo Jardel Cigana[1], Roberto Cigainski Lisbinski[1], Eduarda de Oliveira Sela[1].

RESUMO

Objetivo: Descrever a frequência de variáveis sociodemográficas, clínicas e diagnósticos de enfermagem de pessoas com dor torácica em unidade de emergência. **Métodos:** Estudo transversal, quantitativo, coleta de dados retrospectiva, realizado em hospital de médio porte. Amostra constituiu-se de 1.656 pessoas. Dados coletados por meio de instrumento de pesquisa e diagnósticos de enfermagem designados pelos pesquisadores, inseridos em planilha eletrônica, analisados com estatística descritiva. **Resultados:** Da amostra analisada, 184 (11,11%) pessoas apresentaram dor torácica, sendo 74,46% classificadas em alta prioridade. Prevaleceram pessoas idosas (37,5%), com alguma comorbidade (65,76%). Predominaram atendimentos clínicos (92,39%), os diagnósticos de enfermagem mais frequentes foram: dor aguda (84,78%), risco de função cardiovascular prejudicada (57,61%) e conforto prejudicado (55,98%). **Conclusão:** Verificou-se multicausalidade da dor torácica, evidenciando a necessidade do enfermeiro apropriar-se do processo de enfermagem, a fim de identificar respostas humanas alteradas e planejar resultados e intervenções oportunas, em situações que exijam raciocínio clínico e pensamento crítico rápidos.

Palavras-chave: Dor no peito, Enfermagem, Diagnóstico de enfermagem, Serviço hospitalar de emergência, Enfermagem em emergência.

ABSTRACT

Objective: To describe the frequency of sociodemographic, clinical, and nursing diagnostic variables among individuals with chest pain in an emergency department. **Methods:** A cross-sectional, quantitative study with retrospective data collection, conducted at a medium-sized hospital. The sample consisted of 1,656 individuals. Data were collected using a research instrument and nursing diagnoses designated by the researchers, entered into a spreadsheet, and analyzed using descriptive statistics**. Results:** Of the analyzed

[1] Universidade Federal de Santa Maria – Campus de Palmeira das Missões (UFSM-PM), Palmeira das Missões – RS.
[2] Hospital de Clínicas de Porto Alegre – HCPA, Porto Alegre – RS.

SUBMETIDO EM: 4/2026 | **ACEITO EM: 4/2026** | **PUBLICADO EM: 7/2026**

sample, 184 (11.11%) individuals presented with chest pain, with 74.46% classified as high priority. The sample was predominantly composed of older adults (37.5%) with comorbidities (65.76%). Clinical care was predominant (92.39%); the most frequent nursing diagnoses were: acute pain (84.78%), risk of impaired cardiovascular function (57.61%), and impaired comfort (55.98%). **Conclusion:** The causes of chest pain were found to be multifaceted, highlighting the need for nurses to take ownership of the nursing process in order to identify altered human responses and plan timely outcomes and interventions in situations requiring rapid clinical reasoning and critical thinking.

Keywords: Chest pain, Nursing, Nursing diagnosis, Hospital emergency department, Emergency nursing.

RESUMEN

Objetivo: Describir la frecuencia de las variables sociodemográficas, clínicas y de diagnóstico de enfermería en personas con dolor torácico en un servicio de urgencias. **Métodos:** Estudio transversal, cuantitativo, con recopilación retrospectiva de datos, realizado en un hospital de tamaño medio. La muestra estuvo compuesta por 1.656 personas. Los datos se recopilaron mediante un instrumento de investigación y diagnósticos de enfermería designados por los investigadores, se introdujeron en una hoja de cálculo y se analizaron con estadística descriptiva. **Resultados:** De la muestra analizada, 184 (11,11 %) personas presentaron dolor torácico, de las cuales el 74,46 % fueron clasificadas como de alta prioridad. Predominaron las personas de edad avanzada (37,5 %), con alguna comorbilidad (65,76 %). Predominaron las consultas clínicas (92,39 %); los diagnósticos de enfermería más frecuentes fueron: dolor agudo (84,78 %), riesgo de función cardiovascular alterada (57,61 %) y confort alterado (55,98 %). **Conclusión:** Se observó una multicausalidad del dolor torácico, lo que pone de manifiesto la necesidad de que el personal de enfermería se apropie del proceso de enfermería, con el fin de identificar respuestas humanas alteradas y planificar resultados e intervenciones oportunas, en situaciones que exijan un razonamiento clínico y un pensamiento crítico rápidos.

Palabras clave: Dolor torácico, Enfermería, Diagnóstico de enfermería, Servicio de urgencias hospitalarias, Enfermería de urgencias.

INTRODUÇÃO

O termo Dor Torácica (DT), dor no peito ou desconforto no peito é utilizado para descrever uma série de sensações desagradáveis e/ou desconfortáveis na parte anterior do tórax, as quais despertam preocupação nas unidades de Urgência e Emergência (UE). É um dos sintomas mais frequentes nas unidades de UE, correspondente de 5 a 10% dos atendimentos (GULATI M, et al., 2021).

Trata-se de sintoma de etiologia multicausal, que deve ser descrita como dor cardíaca, possivelmente cardíaca ou não cardíaca. Ela pode estar associada a diferentes sistemas, dentre eles: pulmonar, cardíaco, musculoesquelético, nervoso, gastrointestinal, entre outros (GULATI M, et al., 2021).

Nesse sentido, as Doenças Cardiovasculares (DCV), consideradas a causa mais comum de morbimortalidade em todo o planeta, com incidência elevada em países de baixa e média renda, de forma habitual apresentam a DT como sintomatologia. Dessa forma, embora a causa da DT seja frequentemente não cardíaca, ela pode estar associada à Síndrome Coronariana Aguda (SCA), o que torna seu diagnóstico preciso e rápido desafiador na unidade de UE (GULATI M, et al., 2021; BYRNE RA, et al., 2023).

Em 2020 foram estimadas mais de 19 milhões de mortes por DCV em todo o mundo, sendo a doença cardíaca isquêmica a principal causa.2 No Brasil, a taxa de incidência de DCV em 2019 foi de 475/100.000 habitantes e, em 2021 a taxa de mortalidade padronizada por idade foi de 162/100.000 habitantes (OLIVEIRA GMM, et al., 2024).

Considerando-se que a maioria dos atendimentos de pessoas com dor torácica ocorre em unidades de UE, destaca-se a ferramenta do Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR), que visa a priorização dos

atendimentos mais graves a aqueles com menor risco, a fim de humanizar e qualificar os serviços de saúde (BRASIL, 2009). No cenário hospitalar e no âmbito da equipe de enfermagem, o enfermeiro é o profissional responsável por realizar o ACCR, a fim de organizar e definir os atendimentos de acordo com sua prioridade clínica (ZANETTINI A, et al., 2020). O profissional considera a condição clínica, utilizando-se do conhecimento técnico-científico, além do raciocínio clínico e do pensamento crítico, que possibilitam a sistematização do cuidado de maneira rápida, eficaz e em tempo hábil (GLÓRIA-FILHO EA e SODRÉ MCC, 2021).

Nesse contexto, recomenda-se que o enfermeiro utilize o Processo de Enfermagem (PE), que é um instrumento metodológico indispensável para conduzir o cuidado de forma individualizada, integral e segura. O PE constitui-se de cinco etapas interligadas, interdependentes, recorrentes e cíclicas: avaliação; diagnóstico, planejamento, implementação e evolução de enfermagem (BRASIL, 2024). O Diagnóstico de Enfermagem (DE) é uma etapa que contempla a identificação de problemas existentes, condições de vulnerabilidades ou disposições para melhorar comportamentos de saúde. Ele representa o julgamento clínico das informações obtidas sobre as necessidades do cuidado de enfermagem e saúde da pessoa, portanto de fundamental importância na condução do PE (BRASIL, 2024).

A partir dessas premissas e a fim de identificar as produções científicas pertinentes à temática, realizou-se uma busca sistemática a partir dos descritores “dor torácica” e “diagnósticos de enfermagem” em bases de dados eletrônicas nacionais e internacionais e identificou-se uma lacuna no conhecimento acerca desta temática. Ademais, este estudo tem como motivação os desdobramentos de atividades extensionistas realizadas na referida instituição hospitalar, como vistas à implementação do PE em todas as unidades assistenciais, inclusive na UE.

Considerando o exposto, é fundamental identificar e tratar os casos de DT, especialmente aqueles com risco elevado, de maneira célere e efetiva devido sua prevalência e variedade de diagnósticos diferenciais, de maneira em que seja realizado intervenções em tempo hábil de tratamento e recuperação. Sabe-se que o diagnóstico oportuno é primordial para a gestão e tratamento eficiente dessas pessoas. Nesse sentido, embora estudos sejam realizados para compreender o processo de adoecimento, o conhecimento locorregional das pessoas com DT é fundamental para a qualificação do cuidado prestado, além de expandir a apreensão das características dessa população.

Diante da problemática apresentada, tem-se como objetivo descrever a frequência de variáveis sociodemográficas, clínicas e diagnósticos de enfermagem de pessoas com dor torácica em unidade de urgência e emergência.

MÉTODO

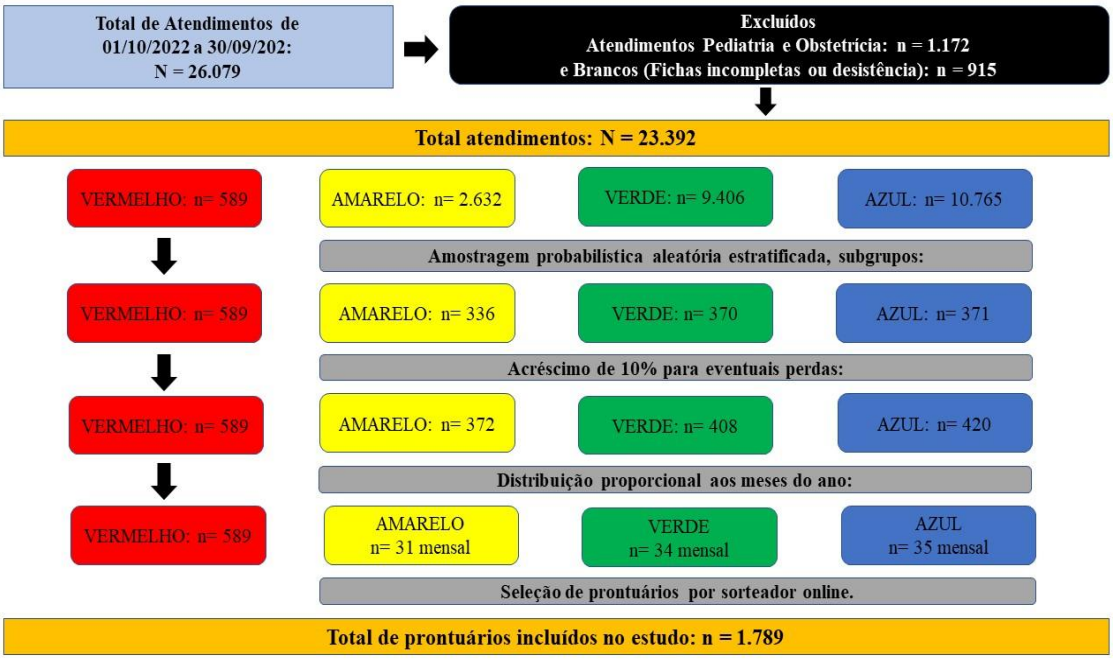
Este estudo integra o Projeto de Pesquisa matricial “Diagnósticos de Enfermagem mais frequentes em pessoas atendidas no serviço pré-hospitalar móvel e na emergência de um hospital de médio porte de um município do noroeste do Rio Grande do Sul”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) institucional em 24 de novembro de 2023, sob o parecer nº 6.531.507, CAAE: 75532923.2.0000.5346, e está descrito conforme recomendações do *Strengthening the reporting of observational studies in epidemiology* (STROBE) (ELM EV, et al. ,2008).

Trata-se de um estudo transversal descritivo, quantitativo, com coleta de dados documental retrospectiva. A população de estudo foi constituída pelos prontuários das pessoas maiores de 18 anos atendidas na unidade de UE no período de 01/10/2022 a 30/09/2023. Foram excluídos prontuários incompletos e de atendimentos da gineco/obstetrícia por serem atendimentos que são realizados em outro setor.

Para seleção dos participantes da pesquisa matricial seguiu-se o método de amostragem probabilística aleatória estratificada. Calculou-se a amostra considerando o ACCR (vermelho - emergência, amarelo - urgente, verde - pouco urgente e azul - não urgente), que resultou no número de prontuários que participaram do estudo, considerando uma confiança de 95% e margem de erro de 5%. Utilizou-se a amostra censitária da classificação emergência (vermelho), com inclusão de todos prontuários que delimitassem aos critérios de inclusão. Para as demais classificações, foi realizado um cálculo amostral probabilístico para definição da

amostra, para o qual foi considerado um erro amostral de 5%, proporção significativa de 50% e nível de significância de 5%. O processo de identificação, seleção e inclusão dos prontuários está apresentado na **Figura 1**.

Figura 1 - Processo de identificação, seleção e inclusão dos prontuários na pesquisa matricial.



Fonte: Winter BL, et al., 2026.

Dos atendimentos de emergência foram excluídos 106 prontuários (crianças e gestantes que não foram excluídos com a utilização do filtro na etapa inicial, prontuários incompletos e de pessoas que chegaram ao serviço em óbito). Além disso, após a coleta de dados foram excluídos cinco atendimentos de urgência, nove pouco urgentes e 13 não urgentes, considerados perdas por apresentarem inconsistência nos dados coletados. Assim, compuseram a amostra do estudo matricial 1.656 prontuários. Desse total, compuseram a amostra do estudo em tela 184 prontuários.

Dos prontuários incluídos foram coletadas variáveis sociodemográficas, clínicas, fatores relacionados (causas), características definidoras (sinais e sintomas) e condições associadas aos DE. A partir desses dados, os pesquisadores, previamente capacitados para a coleta, designaram os DE prioritários conforme taxonomia II da NANDA International, Inc. (HERDMAN TH, et al., 2021). A apreensão e a síntese conjunta dos dados foram guiadas pelo raciocínio clínico diagnóstico, elemento primordial para agrupar os achados e rotulá-los, direcionando a identificação dos DE. O raciocínio foi guiado pelo modelo de Risner, em duas etapas: uma cognitiva (análise e síntese) e outra redacional (rotulação) sobre a inferência obtida (RISNER PB, 1990). Salienta-se que as habilidades e conhecimentos dos pesquisadores, pertinentes aos sistemas de classificação, favoreceram a inferência diagnóstica, a qual foi verificada pela docente orientadora, com expertise na área de PE e UE.

Após a coleta, os dados foram digitados em uma planilha eletrônica do Microsoft Excel® 2019 e, em seguida, analisados pelo software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 26.0. Para fins de análise, classificaram-se em alta prioridade os indicadores de nível de gravidade nas cores vermelho e amarelo e baixa prioridade as cores verde e azul de acordo com o ACCR. Os resultados foram apresentados em tabelas, com valores absolutos (n) e relativos (%).

Os aspectos éticos da pesquisa com seres humanos, conforme explicitado pelas Resoluções 466/2012 e 510/2016 foram respeitados. Por se tratar de uma pesquisa com coleta de dados documental retrospectiva foi dispensado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Do total de 1.656 prontuários eletrônicos analisados, em 184 havia registro de queixa de DT, representando uma prevalência de 11,11%. As pessoas classificadas em vermelho (n=75; 40,76%) e amarelo (n=62; 33,70%) foram categorizadas com alta prioridade (n=137; 74,46%) e, as cores, verde (n=28; 15,22%) e azul (n=19; 10,33%) como baixa prioridade (n=47; 25,54%). Na (**Tabela 1**) estão apresentadas as variáveis sociodemográficas e clínicas de pessoas com DT atendidas em unidade de UE conforme a classificação de prioridade.

Tabela 1 - Variáveis sociodemográficas e clínicas de pessoas com dor torácica em unidade de Urgência e Emergência (n=184).

Variável	Alta prioridade n (%)	Baixa Prioridade n (%)	Total n (%)
Sexo			
Feminino	67 (36,41)	26 (14,13)	93 (50,54)
Masculino	70 (38,04)	21 (11,41)	91 (49,46)
Faixa Etária			
18-39 anos	13 (7,07)	13 (7,07)	26 (14,13)
40-59 anos	50 (27,17)	16 (8,70)	66 (35,87)
60-79 anos	60 (32,61)	9 (4,89)	69 (37,50)
≥80 anos	15 (8,15)	8 (4,35)	23 (12,50)
Presença de Comorbidades			
Sim	101 (54,89)	20 (10,87)	121 (65,76)
Não	22 (11,96)	21 (11,41)	43 (23,37)
Não Informado	14 (7,61)	6 (3,26)	20 (10,87)
Comorbidades			
Hipertensão Arterial Sistêmica	87 (47,28)	19 (10,33)	106 (57,61)
Cardiopatia	41(22,28)	6 (3,26)	47 (25,54)
Diabete Mellitus	22 (11,96)	4 (2,17)	26 (14,13)
Neuropatia	5 (2,72)	-	5 (2,72)
Doença Renal Crônica	2 (1,09)	-	2 (1,09)
Faz uso de medicação contínua			
Sim	95 (51,63)	25 (13,59)	120 (65,22)
Não	20 (10,87)	18 (9,78)	38 (20,65)
Não informado	16 (8,70)	10 (5,43)	26 (14,13)

Fonte: Winter BL, et al., 2026.

Na **Tabela 2**, estão apresentados os indicadores dos atendimentos.

Tabela 2 - Indicadores dos atendimentos de pessoas com dor torácica em unidade de Urgência e Emergência (N=184).

Variável	Alta prioridade n (%)	Baixa Prioridade n (%)	Total n (%)
Tipo de atendimento			
Clínico	127 (69,02)	43 (23,37)	170 (92,39)
Trauma	10 (5,43)	4 (2,17)	14 (7,61)
Atendimento Clínico			
Respiratório	11 (5,98)	9 (4,89)	20 (10,87)
Cardiovascular	108 (58,70)	26 (14,13)	134 (72,83)
Neurológico	3 (1,63)	-	3 (1,63)
Gastrointestinal	2 (1,09)	-	2 (1,09)
Psiquiátrico	1 (0,54)	3 (1,63)	4 (2,17)
Outros	2 (1,09)	5 (2,72)	7 (3,80)
Encaminhamento			
Demanda Espontânea	80 (43,48)	38 (20,65)	118 (64,13)
SAMU*	30 (16,30)	2 (1,09)	32 (17,39)
Serviços de Saúde	24 (13,04)	6 (3,26)	30 (16,30)
Bombeiros	4 (2,17)	-	4 (2,17)
Desfecho			
Alta	105 (57,07)	46 (25)	151 (82,07)
Transferência	19 (10,33)	1 (0,54)	20 (10,87)
UTI†	6 (3,26)	-	6 (3,26)
Unidade de Internação	5 (2,72)	-	5 (2,72)
Centro Cirúrgico	1 (0,54)	-	1 (0,54)
Óbito	1 (0,54)	-	1 (0,54)

*SAMU: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência; †UTI: Unidade de Terapia Intensiva.
Fonte: Winter BL, et al., 2026.

Na **Tabela 3** estão listados os sinais vitais (Pressão arterial; frequência cardíaca; saturação periférica de oxigênio) e os exames complementares realizados pelas pessoas com DT, bem como as características e irradiação da dor.

Tabela 3 - Descrição dos sinais vitais, exames realizados e característica da dor em pessoas com dor torácica em unidade de Urgência e Emergência (N=184).

Variável	Alta prioridade n (%)	Baixa Prioridade n (%)	Total n (%)
Pressão Arterial			
<120 e <80 mmHg*	23 (12,5)	4 (2,17)	27 (14,67)
120-129 e/ou 80-84mmHg*	16 (8,7)	9 (4,89)	25 (13,59)
130-139 e/ou 85-89mmHg*	4 (2,17)	5 (2,72)	9 (4,89)
140-159 e/ou 90-99mmHg*	28 (15,22)	17 (9,24)	45 (24,46)
160-179 e/ou 100-109mmHg*	20 (10,87)	6 (3,26)	26 (14,13)
≥180 e/ou ≥110mmHg*	38 (20,65)	3 (1,63)	41 (22,28)
Não informado	8 (4,35)	3 (1,63)	11 (5,98)
Frequência Cardíaca			
<50 bpm†	3 (1,63)	-	3 (1,63)
50-99 bpm†	87 (47,28)	31 (16,85)	118 (64,13)
≥100 bpm†	34 (18,48)	12 (6,52)	46 (25)
Não Informado	13 (7,07)	4 (2,17)	17 (9,24)
Saturação periférica de oxigênio			
≤94%	23 (12,50)	5 (2,72)	28 (15,22)
≥95%	99 (53,80)	37 (20,11)	136 (73,91)
Não informado	15 (8,15)	5 (2,72)	20 (10,87)
Realização de Eletrocardiograma			
Sim	117 (63,59)	22 (11,96)	139 (75,54)
Coleta e análise de Troponina			
Sim	56 (30,43)	4 (2,17)	60 (32,61)
Dor torácica com irradiação			
Sim	51 (27,72)	9 (4,89)	60 (32,61)
Não	57 (30,98)	18 (9,78)	75 (40,76)
Não informado	27 (14,67)	22 (11,96)	49 (26,63)

*mmHg: Milímetros de mercúrio; †bpm: Batimentos por minuto.
Fonte: Winter BL, et al., 2026.

As queixas clínicas e sinais/sintomas registrados nos prontuários, comorbidades e condições clínicas foram cruzadas com os fatores relacionados ou de risco (causas), características definidoras (sinais e sintomas) e condições associadas aos DE da taxonomia da NANDA-I, o que possibilitou a inferência diagnóstica. Destaca-se que esse processo foi necessário visto que na instituição estudada não se tem o registro dos DE nos prontuários. Assim, foram designados no total 827 DE, com 67 títulos diagnósticos distintos de acordo com a taxonomia da NANDA-I (HERDMAN TH, et al., 2021). Na **Tabela 4** estão listados os mais frequentes para a amostra estudada, com respectivos códigos e domínios da NANDA-I.

Tabela 4 - Diagnósticos de enfermagem mais frequentes designados para pessoas com dor torácica em unidade de Urgência e Emergência (N=184).

Título Diagnóstico (Código)	Alta prioridade n (%)	Baixa Prioridade n (%)	Total n (%)
Dor aguda (00132)*	123 (66,85)	33 (17,93)	156 (84,78)
Risco de Função Cardiovascular Prejudicada (00311)†	81 (44,02)	25 (13,59)	106 (57,61)
Conforto Prejudicado (00214)*	65 (35,33)	38 (20,65)	103 (55,98)
Padrão Respiratório Ineficaz (00032) †	27 (14,67)	7 (3,80)	34 (18,48)
Risco de perfusão Tissular Cardíaca Diminuída (00200) †	27 (14,67)	6 (3,26)	33 (17,93)
Ansiedade (00146) ‡	21 (11,41)	6 (3,26)	27 (14,67)
Débito Cardíaco Diminuído (00029) †	21 (11,41)	5 (2,72)	26 (14,13)
Náusea (00134)*	16 (8,70)	9 (4,89)	25 (13,59)
Mobilidade Física Prejudicada (00085) †	7 (3,80)	4 (2,17)	11 (5,98)

*Conforto; †Atividade/Repouso; ‡Enfrentamento/Tolerância ao estresse.
Fonte: Winter BL, et al., 2026.

DISCUSSÃO

A amostra constitui-se de 184 prontuários de pessoas com queixa de DT, o que representa 11,11% do total de 1.656 prontuários do estudo matricial. Esse percentual converge com a literatura, que estima que a demanda pela queixa de DT aguda seja de 5% a 10% nos departamentos de emergência (DAWSON LP, et al., 2022). A partir da análise desses prontuários, foi encontrado um perfil de características das pessoas com DT em unidades de UE.

Verificou-se semelhança entre o número de homens e mulheres com DT. Esse resultado difere do encontrado em estudo com 110 pacientes no estado do Ceará, no qual o sexo feminino obteve maior número (59,09 %) do total de atendimentos de DT (FRAZÃO RDF, et al., 2022). Já estudo realizado nos Estados Unidos, com 9.419 pessoas com DT, apresentou resultados semelhantes entre ambos os sexos (51,5% feminino e 48,5% masculino), o que se assemelha ao estudo em tela (SCHARADER CD, 2022).

Predominaram atendimentos na faixa etária de 40 a 59 anos (35,87%) e de 60 a 79 anos (37,50%). Em um centro de referência em saúde de Teresina/PI foi evidenciado uma prevalência de infarto entre a 5ª e 7ª década de vida. É notório que, com o envelhecimento humano a DT se torna mais prevalente, sendo possível ter uma relação direta com a DAC e a exacerbação de doenças de base. Nesse sentido, é necessário um controle adequado das doenças preexistentes em conjunto com a atenção primária à saúde, a fim de evitar internações e a descompensação de doenças que levam a agravos agudos (BEZERRA VS, et al., 2024).

Observou-se que a maioria dos atendimentos foi categorizada como alta prioridade (74,45%), sugerindo a necessidade de assistência célere e ágil da equipe, com o objetivo de identificar precocemente casos graves e evitar complicações de doenças tempo-dependentes. Apesar da ausência de um protocolo de DT completo na instituição, a preocupação com os atendimentos dessa natureza é evidente, resultando em um maior número de pessoas categorizadas em alta prioridade e, consequentemente, com menor tempo de espera. Em um estudo realizado no sul do Brasil, apenas 19% dos casos foram classificados como de alta prioridade, resultado que se contrapõem ao estudo em tela. Ainda, 74% dos atendimentos foram realizados no período diurno (REIS APP, et al., 2021).

Verificou-se que 65,76% das pessoas com DT apresentavam alguma comorbidade, sendo mais prevalente a hipertensão arterial sistêmica. Esse quantitativo de doenças prévias se assemelha com o percentual de pessoas que faziam uso contínuo de medicamentos (65,22%). Dados corroborados em estudos, nos quais a HAS foi mais prevalente e com frequência significativas de cardiopatia prévia, DM, dislipidemia e DRC (DAWSON L, et al., 2023; STEWART J, et al., 2026). Destaca-se que essas condições coexistentes são importantes fatores de risco para SCA, e nessa perspectiva é necessária uma abordagem integral da pessoa,

com história clínica e caracterização da DT (GULATI M, et al., 2021). Essas variáveis desempenham um papel decisivo na estratificação de risco, portanto merecem atenção do enfermeiro.

Na presente investigação, houve prevalência da busca pelo serviço por demanda espontânea, evidenciando que há uma alta procura pela unidade de UE, o que pode acarretar em superlotação e sobrecarga de serviço dos profissionais dessas unidades. Esta constatação evidencia a necessidade de fortalecer a atenção primária à saúde, incentivando a busca por esse serviço como primeira opção, visto que uma parcela desses atendimentos seria ali resolvida, dado a alta porcentagem de alta da UE (82,07%). Esse achado converge com outro estudo realizado em São Paulo, o que revela que a cultura de buscar, primeiramente, o hospital é uma realidade nacional (SEGALLA AVZ, et al., 2023).

Prevaleceram atendimentos clínicos com 92,39% dos casos. Dentre esses, o sistema cardiovascular foi o mais acometido, seguido do respiratório/pulmonar, psiquiátrico, neurológico e gastrointestinal. A DT, possui um amplo diagnóstico diferencial, variando de etiologias benignas a eventos com alto risco de vida. A avaliação inicial das pessoas com DT se torna um importante aliado na diferenciação de SCA para outras causas e facilita um diagnóstico adequado. Durante a avaliação, deve-se documentar com precisão todas as características da DT, como a qualidade, início e duração, localização, radiação, fatores que alteram a intensidade da dor e sintomas associados (RAHMAN A, 2024).

Constatou-se que a maioria das pessoas com DT se encontravam hipertensas, das quais 22,28% apresentavam hipertensão em seu estágio mais elevado (FEITOSA ADM, et al., 2024). Valores de pressão arterial elevados têm sido tradicionalmente associados ao risco para cardiopatia isquêmica, acidente vascular encefálico (AVE), doença renal crônica (DRC) e mortalidade precoce (GULATI M, et al., 2021).

Em um estudo realizado na União Europeia, a média da FC foi de 75bpm equiparado à presente pesquisa (JUKNEVIČIENĖ R, et al., 2022). Já 15,22% encontravam-se com baixa saturação periférica de oxigênio. Em pesquisa realizada com 110 pacientes com DT, 14,54% apresentaram uma saturação menor que 94% se assemelhando ao estudo em tela (FRAZÃO RDF, et al., 2022). Essas variáveis, representativas dos sinais vitais, merecem atenção da equipe de enfermagem porque quaisquer variações estão relacionadas à instabilidade hemodinâmica e exigem intervenções rápidas e oportunas.

Ademais, 75,54% das pessoas com DT realizaram um ECG, das quais 63,59% foram categorizadas em alta prioridade. Infere-se que eram pessoas com suspeita de SCA, de acordo com a avaliação inicial no momento do ACCR. Entretanto, esse exame não deve ser a única ferramenta a ser utilizada para avaliação diagnóstica. Por isso, a mensuração de troponina é um exame realizado quando não se pode afastar a suspeita de SCA sem alterações no ECG, os quais desempenham um papel complementar no diagnóstico, estratificação de risco e conduta terapêutica (DELANEY M, SILER P, 2025).

Em um estudo alemão, mais de 99% das pessoas atendidas nas unidades de DT realizaram um ECG na admissão, bem como, em aproximadamente 98% os níveis de troponina cardíaca foram mensurados (IMHOF S, et al., 2023). Esse resultado é importante, pois um ECG sem alterações não é suficiente para descartar SCA, sendo necessário, muitas vezes, a coleta e avaliação de troponinas. Esse teste é o mais sensível para o diagnóstico de lesão miocárdica aguda, sendo necessário para a rápida identificação ou exclusão de SCA e, subsequente implementação da terapia adequada (GULATI M, et al., 2021).

Constatou-se que 32,61% apresentavam registros de dor irradiada na avaliação inicial, com destaque para os de alta prioridade (27,72%). No entanto, 26,63% das pessoas não tinham nenhum registro no prontuário acerca dessas informações, o que gerou uma limitação nessa variável. Em outro estudo, 40,9% das pessoas com DT tiveram dor irradiada, sendo 82% desses classificados em alta prioridade (SEGALLA AVZ, et al., 2023).

Dentre os DE mais frequentes na amostra do estudo em tela, têm-se predominância de DEs no domínio conforto, destacando-se dor aguda (84,78%) e conforto prejudicado (55,98%), seguido do domínio atividade/repouso com o DE risco de função cardiovascular prejudicada (57,61%). Salienta-se que a frequência do DE dor aguda foi corroborado pelo achado do número de pessoas que receberam medicações analgésicas (36,96%) na sala de emergência.

Quanto ao DE conforto prejudicado, aponta-se que ele está classificado nas classes de conforto físico, ambiental e social. Isso porque, se trata de um DE amplo, no qual, são considerados aspectos psicobiológicos, do ambiente e socioculturais. Esse DE contempla um constructo que tem sido utilizado pela enfermagem, em diferentes cenários, e que se encontra em constante evolução. À exemplo, na versão da NANDA-I 2024-2026, nesse DE têm-se a inclusão da classe psicológica (HERDMAN TH, et al., 2024).

O DE risco de função cardiovascular prejudicada está relacionado, na maioria das vezes, ao manejo ineficaz da pressão arterial, o que vem ao encontro do número de pessoas nas quais foi administrado antihipertensivo (27,17%) e, respectivamente ao número de pessoas que se encontravam nos estágios 1 (24,46%), 2 (14,13%) e 3 (22,28%) de hipertensão (FEITOSA ADM, et al., 2024). Além disso, esse diagnóstico está associado a condições de saúde como, DM, dislipidemia e HAS (GULATI M, et al., 2021).

Quando realizada busca de DE em pessoas com DT, verificou-se uma incipiência de estudos nessa área. O que mais se aproximou foi estudo realizado com pacientes coronariopatas em pré-procedimento hemodinâmico invasivo, no qual os DE mais frequentes foram: Risco de Intolerância a atividade (100%), seguido de medo (86,7%), de intolerância a atividade (86,7%), de ansiedade (66,7%), de deambulação prejudicada (40%), de padrão respiratório ineficaz (33,7%) e mobilidade física prejudicada (33,7%) e náusea (13,3%) (HAMADÉ DCE, et al., 2020). Esse resultado notabiliza a relevância científica, acadêmica e social do estudo em tela.

Dentre as limitações do presente estudo, destaca-se o tamanho da amostra que é relativamente pequeno quando comparado com estudos internacionais, além da realização da pesquisa em uma única unidade de UE, o que impede a generalização dos resultados em diferentes localidades geográficas e contextos. Dessa forma, são necessários estudos e esforços na condução de pesquisas multicêntricas, com uma amostra maior, de forma a ampliar a agnição desse sintoma. Ainda, existe uma lacuna de produções científicas acerca dos DE no âmbito da UE que impossibilitou a discussão aprofundada dos dados.

CONCLUSÃO

O estudo possibilitou a descrição de variáveis sociodemográficas, clínicas e diagnósticos de enfermagem de pessoas com DT em unidade de UE. No cenário em estudo a prevalência de DT foi de 11,11%, prevaleceram atendimentos classificados em alta prioridade e de pessoas idosas com DT. Aproximadamente 66% possuíam alguma DCNT, sendo a HAS a mais frequente. A dor aguda foi o DE mais frequente, seguido de risco de função cardiovascular prejudicada e conforto prejudicado. O uso do PE aliado com protocolos institucionais robustos e uso de escalas validadas, é imperativo para garantir a qualidade, humanização e segurança do cuidado, além de aperfeiçoar a gestão do fluxo das pessoas atendidas, assim como os indicadores dos serviços. Ainda, o PE colabora para a qualificação dos registros de enfermagem, bem como para a garantia da completude dos dados fornecidos e avaliados de pessoas atendidas nesse serviço.

FINANCIAMENTO

Estudo apoiado pelo Fundo de Incentivo à Pesquisa (FIPE) da Universidade Federal de Santa Maria.

REFERÊNCIAS

1. BEZERRA VS, et al. Prevalência do infarto agudo do miocárdio e seus desfechos clínicos em um hospital de urgência de Teresina-PI. Rev. Contemp., 2024; 4(4): e3976.
2. BRASIL. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. Ministério da Saúde [Internet]. Brasília (DF), 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificaao_risco_servico_urgencia.pdf.
3. BRASIL. Resolução COFEN nº 736. Conselho Federal de Enfermagem [Internet]. 2024 Jan 17. Dispõe sobre a implementação do Processo de Enfermagem em todo contexto socioambiental onde ocorre o cuidado de enfermagem. Disponível em: https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-736-de-17-de-janeiro-de-2024/.

4. BYRNE RA, et al. ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes. European Heart Journal, 2023; 44(38): 3720-826.
5. DAWSON LP, et al. Care Models for Acute Chest Pain That Improve Outcomes and Efficiency: JACC State-of-the-Art Review, Journal of the American College of Cardiology, 2022; 79(23): 2333-2348.
6. DAWSON LP, et al. Sex Differences in Epidemiology, Care, and Outcomes in Patients With Acute Chest Pain. JACC, 2023; 81(10): 933–945.
7. DELANEY MSILER P. Chest Pain-Specific Legal Risk. Emergency Medicine Clinics Of North America, 2025; 43(1): 57-65.
8. ELM EV, et al. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. Journal of Clinical Epidemiology, 2008; 61(4): 344-349.
9. FEITOSA ADM, et al. Diretrizes Brasileiras de Medidas da Pressão Arterial Dentro e Fora do Consultório – 2023. Arq Bras Cardiol., 2024; 121(4): e20240113.
10. FRAZÃO RDF, et al. Evaluation and outcome of patients treated at the emergency department with a complaint of thoracic pain. Revista de Enfermagem e Atenção À Saúde, 2022; 10(3): 1-10.
11. GLORIA FILHO EA, SODRÉ MCC. Atuação da enfermagem na classificação de risco do serviço de urgência emergência. Rev Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação, 2021; 7(10): 2442-2460.
12. GULATI M, et al. 2021 AHA/ACC/ASE/CHEST/SAEM/SCCT/SCMR Guideline for the Evaluation and Diagnosis of Chest Pain. Journal Of The American College Of Cardiology, 2021; 78(22): 187-285.
13. HAMADÉ DCE, et al. Nursing diagnoses with coronary patients in the light of. Callista Roy's theory. Rev Fun Care Online, 2020; 12: 130-137.
14. HERDMAN TH, et al. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificações 2021-2023. Artmed, 2021; 12.
15. HERDMAN TH, et al. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificações 2024-2026. Artmed, 2024; 13.
16. IMHOF S, et al. Cardiac, possible cardiac, and likely non-cardiac origin of chest pain. Herz, 2023; 49(3): 175-180.
17. JUKNEVIČIENĖ R, et al. Chest pain in the emergency department: From score to coreA prospective clinical study. Medicine, 2022; 101(29): e29579.
18. OLIVEIRA GMM, et al. Estatística Cardiovascular – Brasil 2023. Arq. Bras. Cardiol., 2024; 121(2): e20240079.
19. RAHMAN A. Chest pain. Australian Journal Of General Practice, 2024; 53(7): 437442.
20. REIS APP, et al. Risk Stratification in Chest Pain: Impact on the Diagnosis of Acute Coronary Syndrome. Int J Cardiovasc Sci., 2021; 34(1): 67–73.
21. RISNER PB. Diagnosis: analysis and synthesis of date. In: CHRISTENSEN PJ e KENNEY JW. Nursing process: application of conceptual models. St. Louis: Mosby; 1990.
22. SCHRADER CD, et al. Using HEART2 score to risk stratify chest pain patients in the Emergency Department: an observational study. BMC cardiovascular disorders, 2022; 22(1): 79.
23. SEGALLA AVZ, et al. Determining factors of service priority in the risk classification of patients with chest pain. Rev Gaúcha Enferm., 2023; 44: e20220100.
24. STEWART J, et al. Short-Term Outcomes and Sex-Based Analysis Following Chest Pain Presentations to Emergency Departments in Western Australia—An AUS-MOCHA Substudy, Emergency Medicine Australasia, 2026; 38(1): e70235.
25. ZANETTINI A, et al. Dor torácica aguda: enfermeiro desafiando uma patologia tempo dependente nas portas de entrada hospitalares. Revista de Enfermagem da Ufsm, 2020; 10: e42.